

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE ^{N°} 263

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger DUFOUR

Né le 4 Janvier 1903, à Dunkerque

**Contribution à l'étude médicale
des Hernies épigastriques douloureuses**

**Les erreurs de diagnostic
qu'elles peuvent entraîner**

Président de Thèse : Professeur Rathery

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)
PAR
Roger DUFOUR

Né le 4 Janvier 1903, à Dunkerque

**Contribution à l'étude médicale
des Hernies épigastriques douloureuses**

**Les erreurs de diagnostic
qu'elles peuvent entraîner**

Président de Thèse : Professeur Rathery

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée...	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANEN.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCC.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie	HÔVELACQUE.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHTET Fils.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESICAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	GUENIOT.
Anatomie pathologique.....	LEQUEUX.
Parasitologie	LEROUX.
Histologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	RETTERER.
	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DEBRÉ.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND PERE

A MA GRAND, MERE

A MES PARENTS

A qui je dois tant.

*Je leur dédie ce modeste travail
en témoignage de ma filiale
affection et de ma très vive
reconnaissance.*

A MES PETITES FILLES CHRISTIANE ET ARIANE

A MON FRERE ET A MA BELLE SŒUR

A TOUS LES MIENS

A Monsieur le Professeur RATHERY

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse. En hommage de
notre respectueuse reconnais-
sance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur DELBET.

M. le Professeur SERGENT.

M. le Docteur DEBREE.

M. le Docteur LESNE.

M. le Docteur BABONNEIX.

M. le Docteur MILIAN.

M. le Professeur CLAUDE.

M. le Professeur SEBILEAU.

M. le Professeur LEGUEU.

A M. le Professeur agrégé LEVY SOLAL

*qui m'a toujours guidé dans mes
études. Qu'il accepte toute ma
gratitude.*

A M. le Professeur agrégé du Val de Grâce CHAUMET

*qui pendant mon service mili-
taire m'a toujours soutenu de
son amitié tous mes remercie-
ments.*

Aux Docteurs René Henri MARTIN, Lucien GRUN-
WALD, Louis GUYOT, mes amis.

A MES CAMARADES

AVANT-PROPOS

Les hernies épigastriques ont fait l'objet de nombreux travaux. La contribution que nous apportons à leur étude, est d'ordre essentiellement clinique.

On sait, en effet, à quelles erreurs de diagnostic peuvent conduire les phénomènes douloureux observés dans certaines d'entre elles.

Nous aurons avant tout, en vue, les hernies peu volumineuses, car dans les observations que nous rapportons dans cette thèse, ce sont ces hernies *petites* qui ont été à l'origine d'erreurs de diagnostic : elles étaient, en réalité, passées inaperçues.

En effet, les hernies épigastriques décrites et étudiées depuis bien longtemps déjà, sont souvent à l'origine de troubles pseudo-gastriques, pseudo-vésiculaires, pseudo-coliques.

RAPPEL ANATOMO-CLINIQUE

Ces hernies contiennent dans la grande majorité des cas de l'épiploon et rien que de l'épiploon.

Souvent elles se font à travers une éraillure des fascias qui constituent la ligne blanche dans son tiers supérieur.

On les trouve en général à la partie moyenne de la distance xypho-ombilicale; mais il n'est pas rare de les rencontrer plus bas, près de l'ombilic, ou plus haut près de l'appendice xiphoïde.

Souvent elles sont para-médianes, à un ou deux centimètres de la ligne médiane.

Ces hernies para-médianes se font surtout chez les adultes qui présentent une distension de la gaine des droits.

Le plus souvent, elles ne présentent pas de sac, l'épiploon, sous la poussée abdominale, s'est constitué un trajet à travers les fibres aponévrotiques de la ligne blanche.

L'importance du fragment épiploïque qui constitue cette hernie est souvent minime. Dans les observations que nous rapportons, ce fragment épiploïque avait à peine la grosseur d'une noisette.

Nous voulons dès maintenant mettre en évidence ce fait que, très souvent, ces hernies de par leur petit volume peuvent passer complètement inaperçues.

Il est fréquent en effet qu'elles ne soient à l'origine d'aucun trouble fonctionnel.

L'épiploon qu'elle contiennent s'est créé dans la paroi une loge suffisante pour être à l'abri de toute compression.

Nous voulons insister également sur le fait que le diagnostic positif de ces hernies est extrêmement facile chez les sujets maigres, beaucoup plus difficile au contraire chez les sujets gras.

Chez les premiers en effet, la tuméfaction fait saillie sur la ligne blanche et, même si elle est très petite le malade attire d'emblée sur elle l'attention du médecin.

Mais chez les seconds, l'épaisseur de la paroi est souvent telle qu'elle masque cette petite hernie qui siège dans la profondeur, qui, souvent, ne donne aucun trouble fonctionnel apparent. C'est dans ces cas là que le médecin doit être prévenu qu'il peut exister une hernie de la ligne blanche qui peut être à l'origine de certains troubles fonctionnels pouvant grandement faire errer le diagnostic.

En effet ces hernies, qui contiennent presque toujours de l'épiploon normal, peuvent, dans des cas plus rares, être le siège d'un étranglement épiploïque *partiel* qui entraînera des phénomènes douloureux.

Dans ce cas d'étranglement incomplet l'attention est cependant en général attirée du côté de la ligne

blanche, car le malade arrive à localiser assez vite ces phénomènes douloureux.

Mais bien souvent il n'y a pas d'étranglement, même partiel, il y a simplement une petite infection épiploïque, très localisée, et ces hernies sont douloureuses dans ce cas beaucoup plus par le fait d'une infection latente de la portion d'épiploon comprise dans la hernie, que par le fait d'une compression épiploïque.

C'est dans ces cas là surtout que nous avons pu observer des troubles d'ordre *dyspeptiques* qui ont pu en imposer pour une lésion d'ordre gastro-intestinal.

Dans les recherches bibliographiques que nous avons faites, nous nous sommes aperçu que depuis longtemps les auteurs s'étaient rendu compte de l'importance que pouvaient avoir ces hernies épigastriques à l'origine de troubles gastriques.

A. — HERNIES EPIGASTRIQUES MECONNUES,
SE TRADUISANT PAR DES TROUBLES
PSEUDO-GASTRIQUES

Nous avons retrouvé un nombre assez grand d'observations où des malades avaient été soignés pendant longtemps pour des phénomènes dyspeptiques qui avaient été rebelles à toute thérapeutique et qui, finalement avaient complètement disparu après découverte d'une hernie de la ligne blanche et intervention chirurgicale sur celle-ci.

Une des observations que nous rapportons concerne une malade qui devait être opérée pour un ulcus de la petite courbure et qui en fait présentait une hernie épigastrique découverte à l'intervention et dont la cure chirurgicale a pu faire disparaître tous les symptômes primitivement observés.

Voici l'observation de cette malade :

OBSERVATION I

Madame B..., âgée de 36 ans, vient consulter le 8 novembre 1930, à l'hôpital St-Joseph, pour des douleurs gastriques.

Ces douleurs gastriques sont apparues d'une façon progressive, ne constituant au début qu'une simple gêne à type de pesanteur épigastrique, puis ces douleurs ont été en s'accroissant jusqu'à devenir intenses et presque intolérables.

La malade à cette époque avait été obligée d'interrompre son travail et devait garder le lit pendant les heures qui suivaient les deux principaux repas.

La malade n'avait jamais vomi, mais depuis quinze jours elle présentait un état nauséux et des phénomènes d'ordre aérophagiques très pénibles.

Ses douleurs avaient leur siège maximum au niveau du creux épigastrique.

Certaines irradiaient cependant dans le dos, et à l'examen la palpation du creux épigastrique montrait une paroi souple, mais douloureuse à la pression profonde.

Cependant l'horaire de ces douleurs n'était pas toujours en rapport avec l'ingestion d'aliments. Si en général elles survenaient deux ou trois heures après le repas, il n'était pas rare de les voir apparaître en dehors des périodes digestives.

Mais devant l'intensité de ces phénomènes douloureux, devant le fait également qu'ils empêchaient la malade de travailler, celle-ci fut soumise à un traitement médical.

La malade suivit parfaitement le régime alimentaire que le médecin lui avait conseillé : elle s'alimenta par de petits repas toutes les trois heures, et cependant son état ne fut en rien amélioré.

C'est devant cet échec du traitement médical que l'on fit une radiographie de l'estomac et du pylore et celle-ci *parut* montrer à la partie moyenne de la petite courbure, une zone un peu irrégulière, un peu floue qui semblait fixée et qui éveilla l'idée d'ulcus de la petite courbure.

Sous écran à l'examen radioscopique on trouvait à ce niveau une zone sensible à la palpation et qui à deux examens répétés réveilla *la même douleur* au même point *fixe* de la petite courbure.

La malade chez qui cette fois on diagnostiqua un ulcère de la petite courbure, fut soumise à un régime sévère, à un traitement médical intensif, et cependant aucune amélioration ne survint dans son état.

C'est alors qu'un chirurgien fut consulté et on proposa à la malade une intervention.

La malade fut opérée trois mois après le début de son traitement et, après laparotomie sus ombilicale, quel ne fut pas l'étonnement du chirurgien de trouver un estomac parfaitement sain, libre, souple, sans lésion aucune.

Mais le fait capital est qu'au moment où il avait incisé la paroi, il avait remarqué un petit fragment d'épiploon coincé dans une éraillure de la paroi qu'il incisait, il avait reséqué cette petite hernie épiploïque, laissé un catgut sur la tranche de section pour en faire une hemostase soignée, et pensant que la lésion importante n'était pas là il avait exploré l'estomac qu'il trouva indemne.

L'intervention fut donc des plus simples, les suites

opératoires furent parfaitement normales et dans les mois qui suivirent cette intervention, la malade fut parfaitement guérie, ne ressentit plus aucun trouble gastrique, elle reprit très rapidement son travail quotidien et fut définitivement libérée des troubles qu'elle présentait.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET ANATOMOPATHOLOGIQUES
FAITES A L'OCCASION DE CETTE OBSERVATION N° 1

L'intervention que nous venons de reproduire nous a semblé intéressante à plusieurs points de vue.

Elle montre qu'une hernie épigastrique peut en avoir imposé pour une lésion gastrique *organique*. Cela est un fait connu depuis longtemps, mais ce qui est plus discuté c'est le mécanisme par lequel une telle hernie peut retentir sur un organe tel que l'estomac.

Les recherches bibliographiques que nous avons faites nous ont montré que plusieurs hypothèses avaient été soulevées pour expliquer ces troubles gastro-intestinaux d'origine herniaire.

En fait, il s'agit avant tout, comme dans l'observation que nous venons de rapporter, de phénomènes douloureux. Ceux-ci peuvent souvent rappeler, de par leurs caractères, ceux qui relèvent d'une irritation du plexus solaire.

En effet, les tiraillements qui s'exercent continuellement sur la portion de l'épiploon contenue dans la hernie peuvent se traduire par une irritation à distance du plexus solaire.

Mais l'hypothèse la plus vraisemblable est celle qui tend à rattacher ces différents troubles à des lésions d'épiloïte.

En effet nous avons vu que fréquemment le contenu de ces hernies était le siège de phénomènes infectieux latents.

Cette inflammation épiloïque est souvent minime. Elle suffit cependant à expliquer les douleurs localisées au niveau de la hernie elle-même, comme cela se rencontre dans certains cas.

Mais comment expliquer les douleurs à distance ? Il semble que l'on puisse les rattacher à ces mêmes phénomènes infectieux épiloïques.

En effet cette épiloïte ne reste pas toujours localisée à la hernie.

Elle *déborde* sur l'épiploon environnant et souvent s'étend à plusieurs centimètres au-delà du trajet herniaire.

Or on connaît la richesse vasculaire et nerveuse de cet organe qu'est l'épiploon. Et de plus on sait qu'il est très facilement à l'origine d'adhérences.

Il semble que l'on puisse concevoir ainsi la possibilité d'une zone d'infection localisée au niveau d'un point du parcours gastrique ou pylorique.

Cette zone correspondrait à celle de la portion d'épiploon voisin plus ou moins infecté. A ce niveau également des adhérences auront pu se constituer. Il se sera créé là une véritable zone de *périgastrite*.

Cette périgastrite suffit largement à expliquer les phénomènes douloureux d'ordre gastrique que l'on

peut observer dans certaine hernie de la ligne blanche comme dans l'observation que nous venons de rapporter.

Il nous a paru intéressant de vérifier par l'histologie ces lésions inflammatoires pouvant survenir dans des hernies indemnes de tout étranglement.

Voici l'observation que nous avons pu recueillir à ce sujet :

OBSERVATION II

Monsieur X..., âgé de 25 ans, est opéré le 30 janvier 1930 à l'hôpital St-Joseph pour une hernie épigastrique douloureuse en apparence banale.

Cette hernie est petite et siège à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

La cure a été très facile. Mais le chirurgien a dû resséquer un fragment épiploïque assez étendu, en effet non seulement l'épiploon contenu dans la hernie était d'aspect inflammatoire, mais en attirant à lui ce fragment il s'est aperçu que la portion d'épiploon attenante à celui-ci était, elle aussi d'aspect inflammatoire; c'est pourquoi une assez large surface épiploïque dut être resséquée.

La paroi fut refaite en deux plans aux crins de Florence.

L'examen histologique d'une partie de l'épiploon prélevée près de la tranche de section, c'est-à-dire

loin de la hernie, a montré des lésions inflammatoires histologiques indiscutables.

Il semble donc que l'on puisse expliquer ainsi dans une certaine mesure cette symptomatologie pseudo-gastrique que peuvent revêtir certaines de ces hernies épigastriques.

Doit-on employer le terme d'*épiploïte ascendante*? Il semble que celui-ci soit véritablement exagéré, car en fait, il s'agit d'une infection épiploïque assez localisée.

Mais dans certains cas cette épiploïte peut s'étendre largement. A point de départ pariétal, elle pourra diffuser loin de la hernie. Non seulement elle atteindra les parois gastriques, mais elle pourra s'étendre en haut et à droite et gagner la région vésiculaire, en bas et latéralement, et gagner le cadre colique.

On peut expliquer ainsi les cas cliniques difficiles où la symptomatologie herniaire est complètement faussée.

Il s'agit de malades qui se plaignent de douleurs dans l'hypochondre droit, douleurs survenant par crises ou douleurs continues. Il n'est pas impossible que le médecin soit amené à porter le diagnostic de cholécystite et cependant seule *la hernie méconnue* est en cause.

Voici l'observation que nous avons pu recueillir à ce sujet :

OBSERVATION III

Madame L..., 30 ans, présente depuis de longs mois des douleurs dans l'hypochondre droit pour lesquelles elle vient consulter à l'hôpital Saint-Joseph. Ces douleurs sont à caractères assez mal définis. Elles sont intermittentes; surviennent sans horaire fixe. Leur intensité est très variable. Seul leur siège reste le même : en haut et à droite de l'ombilic.

A la palpation, le ventre est souple, mais sous le rebord des fausses côtes, au niveau du bord externe du grand droit, on réveille une douleur manifeste.

L'idée est immédiatement attirée du côté d'une affection vésiculaire, et c'est le diagnostic que l'on est sur le point de poser lorsqu'à une palpation plus attentive on découvre sur la ligne médiane, dans la profondeur, au-dessus de l'ombilic, une petite tuméfaction qui à la pression du doigt réveille une douleur très vive.

La malade localise immédiatement à ce niveau le maximum de ses douleurs et le diagnostic de hernie de la ligne blanche est posé.

Cette malade fut opérée dans les mois qui suivirent. Les suites opératoires furent excellentes. Et la malade fut nettement améliorée.

Cependant les phénomènes douloureux ne disparurent pas d'une façon absolue.

La malade fut revue une fois, six mois après l'in-

tervention. Elle se plaignait de souffrir à nouveau dans l'hypochondre droit.

Les circonstances ne permirent pas un examen plus approfondi.

Il est vraisemblable que cette malade présentait avant tout une hernie épigastrique et de plus un certain degré de cholécystite. Cette coexistence n'est pas pour étonner, nous aurons l'occasion d'y revenir dans ce travail.

Ainsi il est donc possible de voir une hernie de la ligne blanche en imposer pour une lésion vésiculaire. Ces cas ne sont pas exceptionnels, nous avons pu en relever d'assez nombreux dans les travaux que nous avons consulté.

Par contre il n'est que peu d'auteurs qui ont signalé l'existence de troubles coliques dans certaines de ces hernies épigastriques. Ils peuvent exister et ce fait vient corroborer encore l'hypothèse que beaucoup d'auteurs ont invoqué pour expliquer ces différents ordres de troubles : c'est-à-dire *l'épiploïte* à point de départ herniaire.

Or cette notion d'infection latente et minime de l'épiploon n'est pas admise par beaucoup d'auteurs. Certains invoquent un facteur purement *mécanique* pour expliquer cette symptomatologie fausse et extrêmement variée que certaines hernies peuvent revêtir.

Ceux-là soutiennent que sous l'influence de la poussée abdominale, la petite parcelle épiploïque contenue dans la hernie est soumise à des tiraillements continus. D'autre part elle amarre à un point de la paroi une large zone du tablier épiploïque qui ainsi n'est plus libre dans la cavité abdominale. Or l'épiploon est parcouru par des filets nerveux extraordinairement nombreux et dont la complexité défie toute description anatomique. Il semble possible que

les tractions continues exercées sur cet épiploon puissent être à l'origine de phénomènes douloureux dont le siège sera variable suivant le point où la zone sur laquelle s'exerce le maximum de traction.

Cette hypothèse semble en partie vérifiée par le fait que souvent la hernie épigastrique est douloureuse à l'occasion de certains mouvements, de certaines positions ou attitudes qui favorisent la poussée exercée sur l'épiploon.

Mais ces différentes hypothèses n'ont de valeur que dans les hernies épigastriques s'accompagnant d'une symptomatologie du type gastrique, vésiculaire ou colique.

Dans ces cas-là la hernie constitue la seule vraie maladie, les organes profonds sont intacts. Mais il est d'autres cas, et ils ne sont pas rares, où la coexistence existe.

HERNIE EPIGASTRIQUE COEXISTANT AVEC UNE LESION VISCERALE PROFONDE VRAIE

Les observations publiées de malades présentant simultanément une hernie hépigastrique et une lésion gastrique sont nombreuses. Nous avons pu en recueillir une :

OBSERVATION IV

Monsieur C..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 30 octobre 1931, pour des vomissements dont plusieurs ont été teintés de sang.

Le malade a présenté des troubles gastriques de plus en plus prononcés ayant abouti rapidement à un état d'intolérance gastrique presque absolu.

Amaigrissement important.

Hématémèses plusieurs fois répétées.

A la radiographie, image lacunaire au niveau du pylore. Diagnostic de cancer du pylore.

La palpation du ventre ne montrait rien d'anor-

mal. Pas de tumeur perceptible au niveau du creux épigastrique mais, à la palpation de la ligne blanche, on réveillait en un point de celle-ci une douleur manifeste. Au même point, on découvrait une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette, très douloureuse de la pression. Manifestement il s'agissait d'une hernie épigastrique.

Ce diagnostic fut vérifié au cours de l'intervention.

Le fragment épiploïque contenu dans la hernie fut reséqué et on découvrit également un cancer du pylore qui fut d'ailleurs jugé inopérable et pour lequel on dut se contenter de pratiquer une gastro-entérostomie.

Ainsi dans cette observation la hernie *coexistait* avec une lésion gastrique sous-jacente grave. De telles observations sont très fréquentes et les auteurs sud-Américains en particulier, ont fort bien étudié ces hernies épigastriques coexistant avec une lésion viscérale profonde.

Comment expliquer cette coexistence fréquente?

C'est là un point de pathogénie qui a été très discuté. Certains auteurs ont invoqué les phénomènes inflammatoires coexistant presque toujours avec les lésions stomacales graves.

L'épiploon enflammé adhère à la paroi et finit à l'occasion d'une éraillure de celle-ci par s'y créer un trajet et une loge.

D'autres auteurs ont invoqué une faiblesse première de la paroi.

Quoiqu'il en soit, le fait d'expérience reste acquis, et la coexistence d'une hernie épigastrique et d'une lésion gastrique sous-jacente n'est pas exceptionnelle.

Ces faits cliniques sont d'ailleurs d'un intérêt limité. Car là la hernie passe au second plan et dans la majeure partie des cas elle ne constitue pas la maladie... elle n'est qu'un épiphénomène.

Mais cependant il faut retenir que la présence d'une hernie épigastrique doit toujours éveiller l'idée de l'existence possible d'une atteinte des organes sous-jacents.

Beaucoup plus intéressants sont les cas où la hernie a été méconnue alors qu'elle représentait à elle seule toute la maladie, comme dans notre observation n° 1.

Dans ces cas-là, comme nous avons tenté de le mettre en évidence, la hernie épigastrique, même très petite, peut à elle seule être à l'origine de troubles qui peuvent à première vue en imposer pour une lésion gastrique, vésiculaire ou colique et ainsi être à l'origine d'erreur de diagnostic particulièrement grave.

C'est pourquoi nous proposons comme conclusion à ce modeste travail :

CONCLUSIONS

1° En présence d'un malade accusant une symptomatologie gastrique, vésiculaire ou colique *atypique*, palper avec soin la ligne blanche, rechercher d'une façon systématique l'existence possible d'une hernie épigastrique petite et *jusque-là méconnue*.

2° On se rappellera *enfin* que si la coexistence d'une hernie épigastrique et d'une lésion viscérale profonde *vraie* est possible, il n'est pas rare qu'une hernie épigastrique, *même petite*, soit à l'origine d'une symptomatologie *assez riche* pour faire croire, à tort, à une lésion viscérale profonde.

Vu : Le Président,
RATHERY.

Vu : Le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

LES HERNIES ÉPIGASTRIQUES

- ARTEMIO ZENO. — Hernie épigastrique étranglée (*Bulletin Mém. de la S. Chirurgie*, n° 9, 9 juin 1928, t. LIV, page 800).
- BARTHÉLEMY. — Pathogénie et anatomie pathologique des hernies épigastriques (*Lyon Médical Chirurg.*, 1920, t. XVI, pages 217-222).
- BÉRAUD. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique (Thèse de Montpellier, 1925-26).
- BARNARDSWIG. — Hernie épigastrique étranglée contenant l'estomac : cure radicale, guérison (Société de Chirurgie de Toulouse, janvier 1926).
- BESSON J. — Epigastric hernia (*North-West Med. Scat-tle*, 1915, VII, pages 252-255).
- BLOCK G. — Epigastric hernia (*Kentucky Med. Journal*, 1921, t. XIX, pages 520-524).
- BROWN A. J. — Epigastria hernia (*Neuraska Med. Journal Norfolk*, 1922, t. VIII, page 165).
- CARSONI L. C. — Hernia epigastrica dolorosa sintomatica di affezioni gastriche (*Pensiero Med. Milano*, 1914, t. IV, pages 359-362).
- CARRO. — Estonosis espasmodica de cardias y hernia epigastrica (*Rev. Med. Callega*, n° 8, Agosto 1927).

- CHASTENET DE GERY. — La hernie épigastrique douloureuse, *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1914, t. LXXXVII, page 25.
- CHAUSSÉPIED. — Hernie épigastrique et lésions de l'estomac (Thèse Bordeaux, 1927-1928).
- COBB F. — Epigastric hernia a cause of chronic diarrhoea with report of case (*Annals of Surgeon Philadelphie*, 1912, t. LV, pages 66-70).
- GUINET P. — De la nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques (Thèse de Lyon, 1911-12, in-8°, n° 31, page 40).
- DANFORTH W. G. — Strangulated epigastric hernia (*Journal Amer. Med. Association Chicago*, 1915, t. LXIX, page 437).
- DANON S. — Remarks on epigastric hernia with particular reference to its existence with gastric ulcer and cancer intern (*Clin. Philadelphie*, 1923, 33^e série, t. IV, pages 24-41).
- DELBET P. — Hernie épigastrique (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1913, t. XXVII, page 535).
- DEUMIE L. — Contribution à l'étude de la pathogénie des hernies épigastriques (Thèse de Lyon, 1913-14, in-8°, n° 98, page . . .).
- DUNAN L. M. L. — Sur la hernie épigastrique douloureuse symptomatique de néoplasme abdominal (Thèse de Bordeaux, 1913-1914, n° 17, page 44).
- ERTAUD E. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique. Sa coexistence possible avec l'ulcère et le cancer de l'estomac (Thèse de Paris, 1912-13, n° 79).

- ERTAUD E. — Pseudo-étranglement d'une hernie épigastrique d'une perforation de l'estomac. Opération, guérison (*Gazette médicale de Nantes*, 1914, 2^e série, XXXII, pages 113-116. *Bulletin et Mém. Société de Chirurgie de Paris*. Rapport par Lenormant, 1914, série XL, pages 224-227).
- EVELY F. — Hernies épigastriques et troubles digestifs *Pol. Bruxelles*, 1913, t. XXII, pages 113-120. *Annales de la polyclinique de Paris*, 1914, t. XXV, pages 25-34).
- FABRE D. — De la hernie épigastrique et de l'entérocele épigastrique étranglée (Thèse de Paris, 1911-12, n^o 73, in-8, 69).
- FAIRWEATHER D. S. — Acute heamorrhagic pancreatitis with épigastric hernia (*Brit. Med. Journal*, 1926, n^o 3406, 10 avril, page 653).
- FAULER R. — Ueber hernia epigastrica (Thèse de Leipzig, 1913, in-8^o, 42, page).
- FEDERICI M. — Da qualche modalita operativa nell'ernia epigastrica (*Gaz. dig. ospedali*, Milano, 1914, XXXV, page 537).
- EMERY M. FROMER. — The surgical anatomy Differential diagnosis and treatment of inguinal hernia (*Clinical and Surgery*, april 1927, vol. 34, n^o 4).
- FRASER. — Strangulated epigastric hernia in a centenarian operation, recovery ((*Lancet*, London, 1913, II, page 799).
- GABLO A. G. — Hernias epigastricas dolorosas su coexistencia pasiole con la ulcera y cancer del estomago (*Sem. Med.*, Buenos-Aires, 1914, XXXVIII, p. 171).
- GATEWOOD. — A strangulated epigastric hernia (*Journal*

- Amer. Med. Association*, Chicago, 1916, LXVI, page 85).
- HARTMANN R. — Hernie tuniquaire au niveau d'une suture d'occlusion de l'estomac (*Bulletin et Mém. Société de Chirurgie de Paris*, 1923).
- HURST A. F. et RYLE J. — Epigastric hernia (Guy's Hosp. Reports, London, 1921-22, LXXII, pages 430-433).
- LANCE M. — La hernie épigastrique douloureuse (*Gazette des Hôpitaux*, 6 janvier 1914, n° 7, pages 26-27).
- LAUTIER J.-J. — Hernie épigastrique et cancer de l'estomac (Thèse de Bordeaux, 1918-1919, n° 39, in-8°, 51 p.).
- LOEPER, DE SÈZE, LEROY. — Hernie épigastrique étranglée au cours d'un syndrome ascitique (*Le Progrès Médical*, n° 31, du 3 août 1929, page 1319).
- MACKWORTH N. W. — Epigastric hernia in Sepoys (*Indian Med. Gaz.*, Calcutta, 1916, LI, page 340).
- MARTEL. — Deux cas de hernie épigastrique contenant une partie du ligament rond du foie (*Loire Méd.*, Saint-Etienne, 1913, XXXII, pages 220-224).
- MASSE L. — La hernie épigastrique étranglée (*Revue de Chirurgie de Paris*, 1925, LXIII, pages 126-137).
- MASSABUAU, GUIBAL et BETOULIÈRES. — Hernie épigastrique de l'appendice (Société des sc. Méd. de Montpellier, séance du 26 juin 1931).
- Mc. GLAANNAN A. — Epigastric hernia with symptoms of pyloric obstruction (*Annales of. Med.*, 1920, I, page 281).
- MELCHIOR E. — Die hernia epigastrica und ihre kli-

nische Bedeutung (*Berliner Elin, Wochenachr*, 1920, LVI, pages 248-251).

MICHELEAU P.-E. — La hernie épigastrique (*Gazette des S. Méd. de Bordeaux*, 1919, XL, pages 86-89).

MOORHEAD E. L. — Epigastric hernia of the linea alba (*Surgical clinics*, Chicago, 1919, III, 1485-1489).

MOSCHOCOWITZ A. V. — Epigastric hernia without palpable swelling. (*Transat. og. Amer. Surg. Association*, Philadelphie, 1917, XXXV, pages 322-337, *Annales of Surg.*, pages 300-307, 1917, LXVI).

NAEGELI T. — Die hernia epigastrica und das properitoneale Lipons der Linea alba in ihrer Bedeutung bei abdominellen Schmerzen und Störungen. (*Zentralbl. f. Chirur.* Leipzig, 1920, XLVII, pages 855-857).

OUSTRIC. — Les hernies douloureuses et leur coexistence avec les lésions viscérales sous-jacentes (Thèse de Montpellier, 1929-30).

PAPIN F. — Hernies épigastriques et lésions de l'estomac (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest* du 20 février 1930, n° 5, page 131).

PHILIPS J. — Epigastric hernia its importance in the diagnosis of obscure abdominal conditions (*Gleveland Med. Journal*, 1913, XII, pages 102-103).

ARMANDIO PINTO. — Lipoma herniario epigastrico (*Lisboa Med.*, n° 1, Janeiro, 1929, page 20).

POISSON. — Note sur la coexistence de la hernie épigastrique avec l'ulcère et le cancer de l'estomac. (Rapports par E. Kirmisson. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, Paris, 1913, 3^e série, LXIX, pages 31-34).

- RAZZABONI. — Lipo epipocele voluminos nella linea alba
sindrome clinica dello streozzamento delle ernie
epigastrique (*Riv. osp. di Roma*, 1923, XII, pages
556-560).
- SANNAZARI. — Su di una varieta non commune di ernie
epigastrica (ernie epigastrica transrettale a conte-
nuto gastrico (*Riv. ospedalia Roma*, 1922, XII,
pages 341-343).
- SAWYER P. E. — Epigastric hernia (*Railway Surg. Jour-
nal*, Chicago, 1911-1912, XVIII, pages 410-412).
- SANTIAGO CARRO. — Estenosis espasmodica de cardias
y hernia de piloro (*Espana Med.*, n° 528, nov. 1927,
page 15).
- SMIDT H. — Ueber die pathologischen Beziehungen
zwischen den ulcero son Prozessen am, Magen und
Duodenum und epigastrichen Hermien (*Archives f.
clin. chir.* Berlin, 1922, CXX, pages 385-401).
- THIRIAI L. — La hernie épigastrique (*Clinique Bruxel-
les*, 1913, XXVII, pages 225-228 et *Archives prov.
Chirur.*, Paris, 1913, XXII, pages 419-423).
- VERNEJOUL et DE LUNA. — Hernie inguinale renfermant
l'estomac et les annexes gauches (*Pr. Médic.*, 1925,
page 208).
- VILLARD — Pathogénie des hernies épigastriques. (*Lyon
Médical*, 1912, CXX, pages 26-29).
- WATSON W. P. — Hernias of the uper abdomen (*Mem-
phis Med. Nonthly*, 1919, XL, pages 461-464).
- ZENO A. — Hernie épigastrique étranglée (*Journal de
Chirurgie*, n° 6, décembre 1928, page 701).

